



الصندوق الوطني للتأمين على المرضى

**RAPPORT MEDICAL D'HOSPITALISATION
POUR INTERVENTION CHIRURGICALE**
(ce rapport confidentiel est destiné au médecin conseil)

Je soussigné(e) Dr

Code

--	--	--	--	--	--	--	--

Certifie avoir donné mes soins à Mr/Mme/l'Enfant.....

Né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--

Matricule

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospitalisé(e) : du

--	--	--	--	--	--	--	--

au

--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnostic :

Circonstances d'hospitalisation : A froid ☐

Urgence différée ☐

Urgence ☐

Lieu de l'intervention :

Désignation de l'acte :

Code* :

--	--	--	--	--	--	--	--

Date :

Dans l'éventualité d'un 2^{ème} acte :

Désignation de l'acte :

Code* :

--	--	--	--	--	--	--	--

Compte-rendu de l'intervention**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* : code selon l'avenant N°2 de la convention sectorielle CNAM-Cliniques Privées

** : ou joindre le compte-rendu opératoire

[illegible]

Signature et Cachet du Médecin